

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 88

DE LA CANCÉRISATION DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

SA FRÉQUENCE ET SA PROPHYLAXIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Mars 1924

PAR

Pierre-Gaston-Marie BOULIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né à Morlaàs (Basses-Pyrénées), le 15 Janvier 1901

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur.....	Président.
		MOURE, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923 - 1924 — N° 88

DE LA CANCÉRISATION DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

SA FRÉQUENCE ET SA PROPHYLAXIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Mars 1924

PAR

Pierre-Gaston-Marie BOULIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux

Né à Morlaàs (Basses-Pyrénées), le 15 Janvier 1901

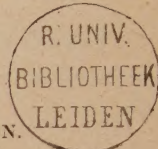
Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		MOURE, professeur.....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE VICTOR CAMBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Clinique chirurgicale.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
Clinique d'accouchements.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
Anatomie.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGES.
Physiologie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Hygiène.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Médecine légale et déontologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	AUCHÉ.	Pathologie ext. et chirurgie opérat. et expér.....	GUYOT.
Chimie.....	BERGONIE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Botanique et matière médicale.....	CHELLE.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Pharmacie.....	BEILLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et Pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.		BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.		ROCHER.
	N.	Chirurgie générale.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	N.		JEANNENEY.
	MAURIAC.	Obstétrique.....	PÉRY.
Médecine générale.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	FAUGÈRE.
	DUPÉRIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	TEULIÈRES.
	CREYX.	Pharmacie.....	PORTMANN.
			GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES ET ENSEIGNEMENTS :

MM.			MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et Préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PÉRY.	Pathologie interne.....	CREYX.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDERODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON TRISAÏEUL,

BERNARD BOULIN

CHIRURGIEN

A LA MÉMOIRE DE MON BISAÏEUL,

LE DOCTEUR BERNARD BOULIN.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE,

LE DOCTEUR FRANÇOIS BOULIN.

A MON PÈRE,

LE DOCTEUR HENRI BOULIN.

A MON ONCLE,

LE DOCTEUR ÉTIENNE BOULIN.

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il est un devoir qui nous tient particulièrement à cœur. Nous voulons remercier ici, en toute simplicité, ceux qui ont des droits à notre reconnaissance :

Nos parents, à qui nous ne saurons jamais assez témoigner notre affectueuse gratitude ;

Nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux ; nous leur devons le meilleur de ce que nous avons appris. Qu'il nous soit permis de faire une mention spéciale pour deux d'entre eux, MM. les Professeurs Bégouin et Cassaët. Ils ont voulu étendre au fils l'intérêt qu'ils ont toujours porté au père. Nous les remercions de leur grande bienveillance à notre égard.

Ce modeste travail est dédié à tous ceux des nôtres qui nous ont précédé dans la voie où nous nous engageons. Continuateur d'une longue génération de praticiens qui, depuis plus d'un siècle, suivent de père en fils les mêmes traditions d'honneur et de dévouement, nous essaierons, guidé et soutenu par leur exemple, de poursuivre dignement l'œuvre bienfaisante à laquelle ils se sont consacrés.

DE LA

CANCÉRISATION DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

SA FRÉQUENCE ET SA PROPHYLAXIE

INTRODUCTION

Les relations de l'ulcère et du cancer de l'estomac peuvent se concevoir de manières assez diverses :

1° Cancer et ulcère évoluent chacun pour leur propre compte indépendamment l'un de l'autre ;

2° Un cancer banal de l'estomac peut s'ulcérer à une période quelconque de son évolution sur une surface plus ou moins considérable de son étendue ; il existe notamment une forme particulière de cancer gastrique à marche lente, dans laquelle l'ulcération se produit très précocement ;

3° L'ulcère de l'estomac subit assez souvent une dégénérescence cancéreuse, qui réalise l'affection connue sous le nom d'ulcéro-cancer. C'est l'étude de ce dernier point, la cancérisation de l'ulcère, qui va retenir notre attention et fera à lui seul l'objet de ce travail, modeste contribution à l'étude d'un si vaste sujet.

Dans une revue rapide, nous examinerons succinctement les principaux travaux relatifs à la découverte et à la mise au point de l'ulcéro-cancer.

Nous donnerons ensuite nos observations.

Puis nous décrirons le tableau clinique de cette affection dans ses grandes lignes. Auparavant, nous nous arrêterons un peu sur sa pathogénie et nous dirons les caractéristiques anatomiques de la lésion.

Dans un chapitre spécial nous essaierons de préciser la fréquence de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. Ce point là a une grosse importance chirurgicale.

La dernière partie de notre travail sera réservée à quelques considérations chirurgicales relatives à l'ulcère de l'estomac, en vue de la prophylaxie de sa cancérisation secondaire.

Enfin, pour terminer, nous consignerons dans nos conclusions les principales déductions résultant des constatations faites au cours de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La question de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac est déjà vieille de près d'un siècle. C'est à Cruveilhier que revient le mérite de l'avoir signalée pour la première fois en 1839.

L'année suivante (1840), Rokitsansky note la coexistence du cancer et de l'ulcère de l'estomac. « On doit supposer, dit-il, que le premier s'est surajouté au second. »

Dittrich publie, en 1848, une étude portant sur l'analyse histologique de 160 cancers de l'estomac. Il a trouvé que l'infiltration néoplasique s'était produite dans un certain nombre de cas sur les bords de lésions ulcéreuses typiques. Le fond était toujours indemne, le cancer était limité en un point des bords.

Waldeyer (1867) revient sur l'étude anatomo-pathologique de la cancérisation de l'ulcère de l'estomac. D'après lui, le néoplasme se développe sur les bords, aux dépens de l'épithélium de la muqueuse irritée.

Hauser (1882) explique le processus néoplasique de la manière suivante : l'épithélium glandulaire, soumis à un double processus d'inflammation et de cicatrisation, est entraîné à une prolifération désordonnée et anormale ; il en résulte les déformations glandulaires qui constituent le cancer.

Le même auteur signale pour la première fois la persistance d'acide chlorhydrique dans le cancer de l'estomac greffé sur un ulcère.

Hanot rapporte une histoire typique d'ulcère devenu cliniquement cancéreux et ayant entraîné la mort par hémorragie.

La même année encore, Stiénon publie un travail sur les rapports histologiques de l'ulcère et du cancer de l'estomac.

L'attention générale semble attirée sur cette question, notamment en Allemagne. Il y est publié un nombre incalculable de travaux, pour la plupart rapportant des observations d'ulcères cancérisés. Malheureusement, la valeur scientifique de ces publications est souvent médiocre. La fantaisie paraît s'être donnée libre cours; témoin l'opinion de Zenker : tous les cancers de l'estomac se développent sur des ulcères. Aussi n'est-il guère possible de faire état d'observations sans examen histologique, sans description macroscopique de la lésion, voire même sans autopsie.

Rosenheim, en 1889, attribue un rôle important au processus inflammatoire dans le développement du cancer sur un ulcère. Il estime en outre que dans les cas où le malade présente des signes indiscutables de cancer, la persistance d'acide chlorhydrique signifie à priori que le cancer s'est développé sur un ulcère.

Waetzoldt (1889), Biach (1890), Eisenlohr (1890), R. Koch (1893), Kelnjach, rapportent un certain nombre d'observations dans lesquelles le tableau clinique a été celui d'un ulcère chronique terminé par une fin rapide. Les auteurs ont trouvé confirmation des théories de Rosenheim sur l'acide chlorhydrique dans tous ces cas. Nous devons dire que, dans ces observations, l'examen histologique était insuffisant, et même que Kelnjach n'en donnait aucun.

Debove (1889), Tapret (1891), rapportent des cas d'ulcères devenus cliniquement cancéreux.

Letulle (1896) rapporte l'examen d'une pièce d'ulcère chronique, d'apparence bénigne, que le microscope a prouvé être cancérisé. Il signale les difficultés du diagnostic anatomique.

En 1897, Mathieu publie un travail important, et Dieulafoy, de son côté, consacre une clinique à la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Mais, en 1898, Duplant, élève de Tripier, soutient sa thèse « sur la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer ». Il examine les observations antérieures publiées sur ce sujet et les rejette toutes sans exception. A son avis : « les observations publiées sous le titre d'ulcères transformés en cancer correspondent à des néoplasmes ulcérés ».

Malgré tout, de nouveaux cas de cancérisation d'ulcères de l'estomac sont publiés notamment par Barrmann (1901), Combarel (1901), Fuetterer.

Dieulafoy, en 1900, et Krokiewicz (1901) donnent deux observations très détaillées.

En 1901, M. Hayem donne sur la question le travail le plus complet de ceux qui aient paru jusqu'à ce jour. Nous le reprendrons avec les publications de Mathieu et de Dieulafoy.

En 1903, Audistère repasse tout ce qui a été publié sur « l'ulcéro-cancer », le terme est de M. Hayem. Il en fait une étude histologique détaillée et recherche les signes cliniques avec soin. Ce travail est une mise au point excellente de la question, à laquelle nous avons souvent eu recours.

La même année Hartmann et Lecène, Hoche, Lejars, Ettinger, publient des cas d'ulcère cancérisé.

Albu et Jullich insistent sur les difficultés du diagnostic dans les cas où l'apparition du cancer est masquée par les signes de l'ulcus (1906).

Tuffier publie des cas de dégénérescence cancéreuse, appuyés sur des preuves anatomiques (1908).

En 1910, Hauser établit, comme critérium anatomique de la transformation maligne d'un ulcère, la disposition cartonnée et enroulée de la couche musculaire sur les

bords de l'ulcération et la limitation du néoplasme à quelques points isolés des bords ou du fond. Ceci s'entend dans la phase de début de la cancérisation.

A dater de cette période là, la mise au point de l'ulcéro-cancer est à peu près faite. Nous aurons l'occasion de revenir sur les travaux publiés depuis 1910 ; nous ne les passerons pas en revue ici ; cela ferait double emploi, puisque nous serons obligés de nous y reporter plus loin.

L'évolution des idées est intéressante à suivre. Dès que la question de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère fut soulevée, Dittrich, avec beaucoup de sagesse, insista sur la nécessité de l'examen anatomo-pathologique. Mais bientôt les observations affluèrent, ce fut un véritable engouement, notamment en Allemagne, où Zenker en arriva à dire que tous les cancers se développaient sur des ulcères. Il y avait sans doute une grosse exagération.

Il se produisit une réaction, mais elle fut excessive. Duplant tomba à son tour dans l'exagération en essayant de nier la transformation cancéreuse de l'ulcère.

La question a été définitivement mise au point par les travaux de Mathieu, Dieulafoy et Hayem. Les voici sommairement exposés.

Dieulafoy observe un cas d'ulcère typique de l'estomac qui, brusquement, dégénère en cancer. Il en fait le sujet d'une de ses cliniques ; l'histoire de la maladie est exposée en détail. Puis, rappelant les notions antérieures et une observation de Trousseau, Dieulafoy trace de façon magistrale l'évolution de cette affection.

Mathieu publie trois observations très complètes d'ulcères dégénérés. L'examen histologique est peut-être, cependant, un peu insuffisant ; Duplant les réfute toutes les trois.

En 1901, M. Hayem fait une étude clinique et anatomo-pathologique des plus complètes. Elle est basée sur l'examen de quatre cas. L'un d'eux est particulièrement démonstratif ; la lésion était d'apparence bénigne à l'œil nu : « il

a fallu un examen histologique sur une pièce parfaitement fixée pour découvrir quelques parties cancéreuses encore au début et strictement limitées à la muqueuse en apparence non modifiée ».

La réalité scientifique de l'ulcéro-cancer était désormais démontrée. Ces travaux, notamment celui de M. Hayem, ont servi de base aux descriptions classiques. C'est d'après eux que nous allons rapidement décrire cette affection.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Observation I ⁽¹⁾

(Due à l'obligeance du Docteur M. CHARBONNEL, Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.)

Homme de 52 ans, habituellement maigre, mais ayant beaucoup maigri depuis un an. Ce malade présente un passé gastrique ancien.

Il éprouve après les repas des douleurs gastriques; celles-ci sont calmées par le jeûne. Pas de vomissements, ni d'hématémèses.

Les douleurs sont devenues intolérables depuis huit mois. Le malade ne se nourrit plus. Il vomit tout ou presque tout ce qu'il essaie de prendre, en même temps qu'il a une diarrhée profuse.

Il arrive, squelettique, à l'hôpital Saint-André, où il entre, en septembre 1920, dans le service du Professeur agrégé Creyex.

On constate localement une résistance épigastrique vague sans tumeur.

L'estomac ne paraît pas dilaté.

Foie normal. Pas d'adénopathies.

Cathétérisme à jeun : pas de liquide résiduel.

Repas d'épreuve :

Acide chlorhydrique.....	0,39 ‰
Acidité totale.....	1,46 ‰

(1) Voir *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 30 janvier 1921 et *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, avril 1923.

Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang : négative.
Urines. — Volume remis : 1.500^{cc}. Ni sucre, ni acétone, ni acide diacétique.

Examens radioscopiques (9 et 14 octobre 1920). — Calques et interprétations du Docteur Labeau.

Contractions lentes, avec évacuation ralentie mais nette. Douleur à la pression au niveau des points où le bismuth adhère (petite courbure et région située en face).

Le calque du 14 octobre indique une vraie trilocation avec poche intermédiaire et renflement de la petite courbure. Il n'y a pas de sténose ou de spasme pylorique.

Diagnostic porté : ulcère calleux de l'estomac avec trilocation mixte (spasmodique et organique).

Intervention opératoire. — Après préparation, le malade est opéré le 20 octobre 1920. Anesthésie paravertébrale des intercostaux, et pour le temps principal 20 grammes de chloroforme.

Petite courbure très indurée et adhérente à la face inférieure du foie.

Pas de ganglions, ni à la palpation du grand épiploon, ni le long de la grande courbure, ni derrière le pylore. Adhérences irradiant de la petite courbure et bridant l'estomac, ce qui donne l'aspect triloculaire (trilocation d'origine mixte).

La petite courbure est libérée en taillant dans le foie. Pylore intact.

En poursuivant l'excision, le chirurgien s'aperçoit que sur toute la partie médiane de sa face postérieure l'estomac est remplacé par un ulcère grand comme la paume de la main, extériorisé dans le pancréas et continuant à gauche vers la queue de cet organe. Laissant alors en place cette partie de l'ulcère, M. Charbonnel pratique de chaque côté la section stomacale, laissant une poche cardiaque et une poche pylorique suffisantes. Une fois le fond de l'ulcère cautérisé, la suture circulaire en deux plans est pratiquée. Mèche sur le fond de l'ulcère sortant au-dessus de la petite courbure.

Suture pariétale en un plan aux fils de bronze.

Suites opératoires et éloignées. — Les suites de l'opération ont été assez simples, quoique troublées au onzième jour par

une fistule gastrique rapidement tarie. Le malade reprend lentement. Régime prescrit habituel.

Au vingt-cinquième mois, le malade allait toujours bien quoique taquinant, mais très peu..., pour lui..., la bouteille. Nous avons eu encore tout récemment de ses nouvelles: D... ne suit aucun régime, continue à boire et à fumer, ne se prive de rien et se porte de façon parfaite (trois ans et demi après l'opération). On peut donc le considérer comme guéri.

Examen histologique (Professeur agrégé Mauriac). — Les lésions présentent une tendance extrême à l'hyperplasie glandulaire. En certains points, l'aspect est celui d'une formation épithéliomateuse diffusant dans la profondeur. Il est probable qu'on se trouve en présence d'une dégénérescence épithéliomateuse.

Observation II.

(Due à l'obligeance du Docteur LEFÈVRE, Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.)

D..., 41 ans, cultivateur. Le début de l'affection remonte au mois de mai 1918. Le malade souffre de l'estomac depuis cette époque. Il éprouve des douleurs avant les repas et après les repas. Lorsqu'elles apparaissent avant les repas, elles sont calmées par l'ingestion d'aliments. Les troubles post-prandiaux consistent en ballonnement, lourdeur et renvois acides.

En mars 1919, les douleurs après les repas augmentent d'intensité ; elles surviennent tantôt une heure, tantôt deux heures après. Renvois acides et quelques nausées.

En hiver 1920, bonne santé.

Crises de douleurs et pyrosis à nouveau, durant le printemps et l'été de l'année 1920.

Calme relatif pendant l'hiver 1921.

En juillet 1922, les douleurs deviennent intolérables et bientôt persistantes. D... se plaint de douleurs interscapulaires. Il ne peut rester couché sur le dos. La position à plat ventre calme les douleurs, ainsi que les vomissements que le malade

provoque pour se soulager. Ces vomissements sont extrêmement acides. Jamais d'hématémèse.

A l'examen, homme excessivement amaigri. Teint jaune, muqueuses décolorées.

A la palpation, l'estomac ne semble pas dilaté, aucune tumeur perceptible. La douleur est éveillée par la pression du creux épigastrique.

Examen radioscopique. — Encoche permanente de la grande courbure. Pas de sténose, évacuation normale.

Examen des selles. — Présence de sang.

Diagnostic : ulcère de l'estomac avec dégénérescence cancéreuse probable. Ulcère ou néoplasme.

Opération (21 décembre 1922). — Rachianesthésie. Soustraction de 10^{cc} de liquide céphalo-rachidien et injection de 10 centigrammes de syncaïne à 8 % au niveau de D XII. Caféine sous-cutanée : 1^{cc}5.

Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve une tumeur du volume d'une prune, sise à la partie moyenne de la petite courbure. Plaque nacrée à ce niveau. Petit épiploon froncé. Ganglions indurés, remontant jusqu'au niveau du cardia, adhérents à la petite courbure. Ganglions sous-pyloriques de même aspect et ganglions méso-coliques.

Décollement colo-épiploïque. La petite courbure et une partie de la face postérieure de l'estomac sont intimement adhérents au pancréas. On constate la présence de trainées blanchâtres scléreuses. Pas de sténose pylorique.

Gastrectomie de droite à gauche, très difficile à cause des adhérences au pancréas, qu'on clive au bistouri et au thermocautère. Les ganglions de la petite courbure du côté du cardia sont difficilement enlevés parce que très adhérents à l'estomac. Ecraseur de Mayo sur le duodénum, compresseur de Pauchet sur l'estomac. Gastro-entérostomie très à gauche. Le duodénum est enfoui en bourse au fil de lin. Deux surjets séro-séreux au catgut ordinaire par-dessus. L'estomac est fermé : 1° au faux-fil ; 2° par un surjet total ; 3° par un double surjet séro-séreux.

Épiploo-plastie de la perte de substance du pancréas.

Anesthésie excellente sans incidents.

Suites opératoires. — Très simples. Lever au quinzième jour. Exeat le 20 janvier 1923.

Examen des pièces. — Montre qu'il s'agissait d'un ulcère calleux des dimensions d'une pièce de deux francs, ulcère calleux de la petite courbure de l'estomac avec induration et s'étendant vers le cardia.

Examen histologique (Docteurs A. Bonnard et P. Piéchaud). — *Ulcération.* — Elle intéresse la muqueuse et la sous-muqueuse et atteint même la musculuse. Elle présente l'aspect d'une excavation à bords à peu près parallèles et taillés à pic. Elle est entourée d'une zone d'éléments diapédésés très denses.

Tumeur gastrique. — Dans toute son épaisseur, elle est le siège d'une réaction inflammatoire intense, mais surtout elle présente une infiltration d'éléments d'origine cylindrique qui, par destruction et dissociation des tissus voisins, a pénétré jusque dans le voisinage de la sous-séreuse.

Ces éléments sont isolés ou groupés en amas, en trainées, entre faisceaux conjonctifs. Malgré leur atypisme, certains ont encore conservé de leurs propriétés ancestrales une vague fonction de sécrétion muqueuse, mais la plupart ont atteint un état de différenciation qui a effacé tout lien de parenté morphologique et fonctionnelle avec la cellule souche.

En somme, il s'agit d'un ulcéro-cancer.

Suites éloignées. — D... se porte bien durant trois mois. A noter que l'appétit est complètement revenu et que, dès le lendemain de l'opération, le malade ne souffre plus des douleurs inter-scapulaires.

Mort en septembre 1923, de généralisation,

Observation III.

(Due à l'obligeance du Docteur LEFÈVRE, Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.)

F. H..., 65 ans, cultivateur. Entre le 7 juillet 1921.

Il a reçu en août 1913 un coup de corne de bœuf au creux épigastrique.

Le début de l'affection remonte à 1914. Douleurs épigastriques d'intensité croissante, survenant une à deux heures

après les repas. Pas de vomissements, appétit conservé. Alternatives de bien et de mal.

Ces symptômes ont dès lors persisté. En 1915, vomissements glaireux.

En 1920, apparition de vomissements alimentaires, par intermittence, tous les quinze jours ou tous les mois. Perte des forces, amaigrissement, anorexie.

En juin 1921, amaigrissement de 8 kilos. A cette époque, F. H... éprouve des douleurs épigastriques très vives. Sensations de constriction avec douleurs lombaires et inter-scapulaires survenant une à trois heures après les repas, calmées légèrement par les alcalins ; peu après, il se produit une recrudescence.

Périodes de calme de 5 à 6 jours, puis périodes de crises de 10 à 15 jours. Jamais de vomissements de sang.

Examen du malade. — Faciès fatigué. Homme très amaigri. Assez bonne coloration des téguments.

La palpation provoque des douleurs à l'appendice xyphoïde. L'estomac n'est pas dilaté. Aucune tumeur appréciable.

Radioscopie. — Légère stase gastrique avec évacuation lente.

Examen du liquide gastrique :

H Cl libre.....	0,62 ‰
Acidité totale.....	1,75 ‰
Acide combiné.....	1,10 ‰
Pas de sang.	

Opération (19 juillet 1921). — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie médiane sus-ombilicale.

On trouve une induration volumineuse, des dimensions d'un abricot, sur la petite courbure, s'étendant vers le pylore et vers le cardia, adhérente au pancréas. Ganglions le long de la petite courbure et au niveau du méso-colon transverse.

Décollement colo-épiploïque. On se rend compte que l'estomac adhère sur une grande partie de son étendue au pancréas et, en outre, en un point voisin du pylore, au méso-colon transverse, au niveau d'une grosse artère. Gastro-entérostomie très à gauche. Gastrectomie de droite à gauche très difficile en raison des adhérences au pancréas et au méso-colon transverse.

Ecraseur de Mayo sur le duodénum, compresseur de Pauchet sur l'estomac. Epiplooplastie au niveau des adhérences pancréatiques. Fermeture en bourse et à trois plans du duodénum. Fermeture de l'estomac en bourse et par deux plans séro-séreux. Un ganglion du méso-colon est prélevé. Fermeture de la paroi en trois plans et au fil d'argent.

Suites opératoires. — Normales quant à l'état général et stomacal, mais localement absence de réunion de la peau et de l'aponévrose. Suture secondaire le 2 août. Exeat le 13 août, le malade ne souffrant plus, mangeant de tout et ayant engraisé.

Examen des pièces. — Ulcère des dimensions d'une pièce de cinq francs. Aspect: ulcus calleux de la petite courbure, bouché par le pancréas.

L'examen histologique a montré que le bord de l'ulcère était en voie de dégénérescence (épithélium mucipare). Le ganglion prélevé au niveau du méso-colon était le siège de métastases néoplasiques.

Suites éloignées. — Mort en octobre 1921.

Observation IV.

(Due à l'obligeance du Professeur agrégé F. PAPIN, Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.)

M^{lle} X... est âgée de 40 ans. Elle souffre de l'estomac depuis l'âge de 30 ans, par conséquent depuis dix ans.

Le Docteur Bénéch la soigne pour ulcus pylorique. Il y a environ six mois que la malade est en sténose pylorique à peu près complète. Les vomissements sont devenus quotidiens depuis deux mois. Ils se reproduisent suivant un horaire régulier : vers 6 heures du soir et une deuxième fois dans la nuit. A aucun moment il n'a été observé d'hématémèses.

Entre l'ombilic et le rebord costal droit, on sent une tuméfaction dure, mal limitée et mobile.

La malade a considérablement maigri pendant ces derniers temps ; elle arrive au chirurgien très affaiblie, disant « être absolument à bout ».

Examen du chimisme gastrique (après repas d'épreuve) :

H Cl libre.....	0,44 ‰
Acidité combinée.....	0,80 ‰
Acidité totale.....	1,24 ‰
Acides de fermentation.	traces.
H Cl libre.....	0,43 ‰
Acidité combinée.....	0,78 ‰
Chlore fixe.....	1,50 ‰
Acidité totale.....	2,71 ‰

La digestion des hydrates de carbone et des albuminoïdes est normale. Les ferments sont également normaux.

Examen radiologique. — Sténose pylorique nette, sans encoche ni lacune.

Tension artérielle au Pachon : minima 5 ; maxima 8 ; indice 1/4.

Examen des urines. — Pas d'acétone.

Le diagnostic porté est celui de vieil ulcus pylorique ayant abouti à la sténose. La transformation maligne est soupçonnée.

La malade entre à la Maison de Santé. Les premiers lavages de l'estomac ramènent quelques débris alimentaires et un liquide assez abondant, fortement coloré en brun. Au bout de quelques jours, l'estomac est propre.

Opération. — Premier temps (26 décembre 1923). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'antrum pylorique est distendu par une masse de consistance dure et atteignant presque le volume du poing. La séreuse ne présente aucun changement de coloration. Petits ganglions sous-pyloriques. Traînées blanchâtres dans le ligament gastro-colique au-dessous des ganglions. Pas de ganglions sur la petite courbure. Rien au foie.

La tumeur est tenue pour suspecte. On procède alors à une gastro-entérostomie en Y, très à gauche, en vue d'une exérèse prochaine.

Deuxième temps (9 janvier 1924). — Les suites du premier temps ont été très simples. On pratique une pyloro-gastrectomie large, comprenant une partie du grand épiploon avec les ganglions sous-pyloriques et remontant assez haut sur la

petite courbure pour englober les ganglions de cette région.

Suites opératoires. — Guérison per priman, sans incidents. La malade a quitté la maison de santé en février.

Examen des pièces. — L'antra pylorique est infiltré sur ses deux parois et ses deux bords sur une largeur de 4 à 5 travers de doigt à gauche du pylôre, par une induration en nappe, de coloration blanchâtre, offrant l'aspect de la ravè. Les tuniques de l'estomac présentent à ce niveau une épaisseur atteignant près de deux centimètres. La sous-muqueuse est particulièrement infiltrée. La muqueuse plaquée sur cette infiltration dure ne glisse que très peu sur elle. Aucune ulcération n'est actuellement visible mais, en deux points voisins du pylôre, la muqueuse est amincie, violacée et profondément adhérente à l'induration sous-jacente. Ces deux zones, des dimensions d'une pièce de un franc et de cinquante centimes, semblent bien avoir été d'anciens ulcères. Un prélèvement histologique est fait à leur niveau.

Examen histologique (Docteurs A. Bonnard et P. Piéchaud). — Il s'agit d'un épithéliome atypique ayant envahi la sous-muqueuse jusqu'au voisinage de la couche musculaire.

Cette néoplasie est caractérisée par une infiltration diffuse d'éléments volumineux, assez régulièrement arrondis, à protoplasma abondant, réticulé, et à noyaux en calotte ou parfois bourgeonnant (cellules muqueuses).

Le ganglion afférent présente un bouleversement notable, dû à un processus irritatif, mais ne présente aucun signe de métastase cancéreuse.

Suites éloignées. — L'opération est de date récente et il n'est pas possible de parler encore de guérison.

La malade a été revue en mars 1924; elle est en excellent état, ayant engraisé de 6 kilos.

Parmi ces quatre observations, les trois premières se rapportent absolument à l'ulcéro-cancer. L'observation IV est plutôt un cancer développé sur la cicatrice d'un ulcère.

CHAPITRE III

L'ulcéro-cancer.

L'ulcéro-cancer est un ulcus chronique de nature et de structure absolument banales, sur lequel se développent des lésions cancéreuses. Telle est la définition que donnent Mathieu et Moutier de l'ulcère cancérisé de l'estomac.

Pathogénie.

Sous quelles causes l'ulcus gastrique subit-il la transformation maligne ?

Nous pouvons invoquer ici ce que l'on connaît de la pathogénie du cancer en général.

L'influence de l'hérédité, la contagion possible, sont des notions insuffisamment établies, sur lesquelles nous passerons sans insister.

L'âge auquel apparaît l'ulcéro-cancer est en moyenne de 35 à 60 ans ; donc rien de particulier de ce côté-là.

Mais il est un point qui semble particulièrement intéressant dans cette affection : c'est le rôle de l'irritation lente et prolongée.

La pathologie générale nous permet de faire un certain nombre d'observations très instructives. Les tissus enflammés, soumis à une irritation chronique, semblent être un terrain de choix pour le cancer. Laryngites, rectites, plaques de leucoplasie, chéloïdes, pour n'en citer qu'un petit nombre, deviennent fréquemment le siège de tumeurs malignes. C'est une constatation banale, qui se vérifie couramment ; elle est devenue classique.

Rien ne s'oppose à ce qu'il en soit de même au niveau de l'estomac. Les ulcères gastriques sont exposés à l'action chronique de deux sortes d'irritants. Les uns proviennent du milieu extérieur et sont constitués par l'apport alimentaire; les autres sont représentés par le produit de sécrétion normal, ou plus souvent altéré, de la muqueuse stomacale.

Parmi les ulcères de l'estomac, ceux qui siègent dans la région pylorique sont plus particulièrement exposés aux irritations de toute sorte. Le pylore est le lieu de passage de tout le contenu de l'estomac; c'est en outre un point déclive où s'accumulent par conséquent tous les liquides de stase; en troisième lieu, la région pylorique est une zone motrice dont l'activité est considérable étant donné le mode d'évacuation fractionnée de l'estomac.

Il est intéressant de noter que, dans la très grande majorité des cas, c'est précisément en ce point qu'on observe la dégénérescence maligne de l'ulcère de l'estomac.

Autre constatation : l'ulcus est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Logiquement, elle devrait payer le plus lourd tribut à l'ulcéro-cancer; il n'en est rien, c'est au contraire l'homme qui, dans le plus grand nombre des cas, est atteint de cette affection. Sans vouloir chercher à expliquer ce que nous ignorons, n'en pourrait-on voir au moins l'une des causes dans la tempérance plus relâchée de l'homme ?

Voici maintenant quelques données expérimentales. La reproduction du cancer est obtenue par la simple irritation prolongée; un certain nombre d'auteurs ont expliqué et publié leurs travaux, établissant que certaines substances appliquées en un même point pendant une durée prolongée font apparaître dans les tissus, et consécutivement à leur inflammation, des néoformations qui sont reconnues cancéreuses à l'examen histologique.

Carnot s'est livré à des recherches expérimentales sur le chien. Il a produit des ulcères par large résection de la muqueuse gastrique. Et voici ce qu'il a constaté : au bout

de quelque temps « on voit déjà se produire une prolifération épithéliale, active et anormale, près des bords ; souvent même il se constitue sur les bords de l'ulcère des formations adénomateuses ou kystiques, mais sans production cellulaire atypique. On comprend que si l'irritation se prolonge des années la prolifération soit beaucoup plus intense et qu'il en résulte des proliférations métatypiques ».

En résumé, les recherches expérimentales sont pleinement en accord avec les faits cliniques ; le rôle de l'irritation dans la cancérisation de l'ulcère de l'estomac paraît être un facteur de première importance. C'est, dans l'état de nos connaissances actuelles, la cause favorisante la mieux établie.

Anatomie pathologique.

L'ulcéro-cancer siège le plus souvent au niveau du pylore (obs. IV). Suivant l'expression proposée par Hayem en 1901, il est pré-pylorique ou juxta-pylorique, le plus souvent à cheval sur la petite courbure. Dans nos observations I, II et III, il siégeait sur la petite courbure.

Dans la règle, il est unique ; il est très rare que plusieurs ulcères soient cancérisés.

L'estomac porteur d'un ulcéro-cancer est de volume sensiblement normal ; quelquefois il est, cependant, plus gros qu'un estomac sain.

Extérieurement l'ulcéro-cancer se traduit habituellement par la présence d'une tumeur ; celle-ci est de consistance ferme, dure même. Rien ne la distingue d'un ulcère calleux banal ou d'un cancer.

Vu directement après ouverture de l'estomac, l'ulcéro-cancer rappelle dans sa forme un pavillon d'oreille ; la comparaison est classique. Néanmoins, il est assez souvent arrondi, ovalaire ou semi-lunaire. Il est orienté dans le sens du grand axe de l'estomac ; son plus grand diamètre est parallèle à la petite courbure.

Ses bords sont nettement tranchés et comme taillés à pic (obs. II).

L'ulcération se creuse en un puits dont la profondeur est de 5 à 10 millimètres. Ces dimensions dépassent largement l'épaisseur normale des parois de l'estomac. Nous en trouvons l'explication dans l'épaississement des bords de l'ulcère, épaississement donnant un certain relief à la tumeur. Ce relief est inégal, l'hypertrophie n'étant pas régulière.

Le contour est souvent légèrement découpé.

Lorsque la lésion est étudiée dans ses premières phases, le fond est propre et lisse. Dans des cas plus avancés, l'aspect est moins typique, le fond étant moins uni, sans être cependant absolument irrégulier. Dans tous les cas, il est de consistance dure.

Il n'est pas fréquent que la tumeur soit libre et mobile (obs. IV). Elle est habituellement fixée par son fond sur quelque organe voisin, à savoir par ordre de fréquence : le pancréas (obs. II et III), le foie (obs. I), le duodénum et plus rarement le méso-colon (obs. III).

Les dimensions de l'ulcéro-cancer sont de 5 à 7 centimètres dans le sens de la longueur et de 3 à 4 centimètres dans le sens de la largeur. Ces chiffres ne présentent rien d'absolu ; ils correspondent plutôt à une moyenne. Dans notre observation I, la lésion était grande comme la paume de la main.

Examen histologique à un faible grossissement.

Dans les cas typiques, voici les constatations qu'il est habituel de faire :

Un plan passant par les bords de l'ulcération fait avec le fond un angle de 45° ;

Toutes les tuniques de l'estomac sont intéressées par l'ulcère qui les a coupées comme à l'emporte-pièce ;

Les bords sont épaissis (de là provient la surélévation que nous avons déjà notée) ;

Le fond présente une épaisseur considérable; il est dur à la coupe; l'épiploon prend part à sa formation. Cependant, lorsque la lésion a évolué avec une rapidité exceptionnelle, il est mince et peut être le siège d'une perforation plus ou moins étendue.

Examen histologique à un fort grossissement.

M. Hayem a publié, en 1901, un cas d'ulcéro-cancer où la transformation néoplasique était encore à son début. Voici ce que l'on observe dans des cas aussi typiques et démonstratifs.

L'examen doit porter sur des séries de coupes, et tous les points de l'ulcère doivent être fouillés par le microscope.

Le cancer se développe sur les bords de l'ulcère. Le fait est classique et vérifié dans nos observations. C'est l'une des caractéristiques les plus importantes de l'ulcéro-cancer. La néoplasie débute dans l'épithélium glandulaire en un point isolé. Il faut un examen complet et minutieux pour découvrir les rares tubes où commence la transformation maligne, parmi tant d'autres encore parfaitement indemnes.

Dans des cas plus avancés, si l'on s'éloigne des bords en suivant la muqueuse altérée, on peut saisir à sa naissance la transformation cancéreuse des glandes, soit à leur partie moyenne (Hayem, Mathieu), soit au niveau de leur fond (Hayem, Mathieu, Audistère).

Le fond est de nature fibreuse et, dans les débuts, on n'y rencontre aucune formation néoplasique.

La dissémination du cancer se fait à partir des bords par des travées néoplasiques qui se coulent au travers de la muscularis mucosæ et envahissent la sous-muqueuse. Le fond de l'ulcère est envahi progressivement par la sous-muqueuse; les propagations se font à plus ou moins longue distance. Les ganglions sont assez précocement envahis (obs. III). Le foie peut être le siège de métastases.

Dans notre observation II, on avait affaire à un épithéliome d'origine cylindrique et, dans notre observation III,

à un épithéliome mucipare. Le point de départ dans l'observation IV avait été des cellules muqueuses.

Mais, à côté des cas typiques ou encore assez nets, il s'en trouve un certain nombre dans lesquels, malgré un examen approfondi, il reste impossible de se prononcer sur la nature de la lésion.

Quoiqu'il en soit, les caractéristiques habituelles de l'ulcéro-cancer sont les suivantes :

Un ulcère de structure anatomique banale, à bords taillés à pic, dans lequel toutes les tuniques de l'estomac sont intéressées par le processus de nécrose et dont le fond est de structure fibreuse ;

Apparition du cancer sur les bords de l'ulcère en un point isolé ;

Envahissement secondaire du reste de l'ulcus.

Étude clinique.

Il en est de l'ulcéro-cancer comme de beaucoup d'autres maladies; son début se fait suivant des modalités variables.

Il peut rester latent jusqu'au jour où une complication brutale, hématomèse ou perforation, viendra soudain en révéler l'existence. Ce n'est pas le cas habituel. Le plus souvent, en effet, on se trouve en présence de l'une des deux éventualités suivantes.

Dans les cas typiques, il existe une histoire antérieure d'ulcus, classique et parfaitement établie.

D'autres fois au contraire, l'ulcus ayant évolué à bas bruit est resté méconnu, et, en présence des troubles gastriques observés, on songe à un cancer primitif.

Prenons le cas typique; après une longue histoire d'ulcère, le malade entre dans une deuxième phase qui correspond à la transformation maligne de la lésion primitive. La première période, période ulcéreuse, a une durée variable: 5 ans (obs. II), 8 ans (obs. III), 10 ans (obs. IV). Elle comprend le plus habituellement plusieurs années.

Les douleurs se présentent au même siège que dans l'ulcère, et leurs irradiations sont les mêmes (douleurs

inter-scapulaires des observations II et III). Mais, alors qu'elles étaient calmées dans certaines conditions propres à chaque malade, il n'en est plus actuellement de même.

Dans d'autres cas, chez un individu considéré comme guéri d'un ulcus, les douleurs reparaissent. Et, dès lors, ce ne sont plus les poussées, les crises périodiques habituelles, mais au contraire une douleur permanente, ne disparaissant pas complètement après les paroxysmes. Elle atteint quelquefois une violence extraordinaire, telle que les malades disent n'en avoir jamais éprouvé d'aussi vive. Ils ne peuvent supporter la moindre pression, le moindre contact.

Le repos et les médications habituelles n'ont plus qu'une action très faible sur elle, et les malades l'endurent, cherchant une position qui l'atténuerait (voir observ. II et III.)

Dans un très grand nombre de cas, les vomissements attirent l'attention. Leur répétition est à tel point fréquente que l'estomac semble ne pouvoir rien plus supporter, se révoltant à chaque prise alimentaire. Très souvent, ils sont acides. Les malades s'en rendent compte. En outre, ils ne calment plus la douleur, alors qu'auparavant certains ulcéreux mettaient fin à leurs souffrances en les provoquant.

Les hématomèses sont de deux sortes : la grande hématomèse et le petit vomissement de sang noir.

C'est parfois une grande hématomèse de sang rouge, vermeil, en tout point comparable à celle de l'ulcère aigu; on ne l'observe que rarement. Nous avons signalé que, dans des cas exceptionnels, elle pouvait être le premier signe de l'affection.

Les petites hématomèses marc de café sont plus fréquentes. La reproduction des vomissements de sang noir doit faire songer à la dégénérescence de l'ulcère, car ils sont surtout l'apanage du cancer. D'après la lecture de nombreuses observations publiées, il nous a semblé que ces petites hématomèses ne se produisaient qu'à une période avancée de l'évolution de la lésion. Parmi les cas que nous rapportons, elles n'ont pas été observées.

Quant au melœna, il devrait être systématiquement recherché. Sa répétition ou plutôt sa constance sous forme de petites hémorragies, patiemment suivies, pourrait apporter le témoignage discret mais utile d'une tumeur ulcérée latente, que quelque indice aura déjà permis de soupçonner.

Les troubles digestifs revêtent des allures différentes. Dans les débuts, l'appétit reste conservé. Assez rapidement peut apparaître de l'anorexie. Si elle est élective et porte exclusivement sur les matières grasses et la viande, l'appoint d'une telle constatation est d'une importance exceptionnelle pour le diagnostic.

Mais, alors même que l'appétit est conservé, les malades cessent très vite de s'alimenter. Ils redoutent les douleurs provoquées par l'ingestion des aliments et, de plus, les vomissements chassent tout ce qui a été absorbé ou presque. On comprend sans peine les résultats qui en découlent, l'état général s'altère rapidement.

L'évacuation intestinale se fait de façon irrégulière ; on observe tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée (obs. I), ou encore des alternatives de l'un et de l'autre.

La présence d'une tumeur se vérifie aussi bien dans l'ulcère que dans le cancer de l'estomac. Il n'est malheureusement pas aisé de différencier la périgastrite d'une formation néoplasique par le palper, à moins que la tumeur ne soit irrégulière et bosselée. Dans ce cas, le malade ne peut tirer grand bénéfice de l'établissement tardif du diagnostic.

Il en est de même de la constatation d'adénopathies inguinales ou claviculaires.

En résumé, la phase de cancérisation « débute par une aggravation assez subite des troubles gastriques, ou bien, quand la première période fait défaut, par des symptômes gastriques qui deviennent rapidement graves. Les signes les plus habituels sont la perte de l'appétit, les douleurs et les vomissements de sang noir » (Hayem et Lion).

Évolution. - Complications.

Dès que les malades entrent dans la période terminale, il se produit des modifications des plus marquées dans leur état général.

On constate un amaigrissement et un affaiblissement rapides. L'organisme s'épuise par suite de la répétition des hématomèses. Vomissements et douleurs rendent l'alimentation impossible. Dans de telles conditions, les malades tombent dans un état d'anémie extrême.

La mort survient dans un délai de quelques mois du fait de l'inanition progressive (un à cinq mois : Hayem et Lion) ; elle se produit dans le coma avec hypothermie.

L'apparition d'une complication peut écourter encore l'évolution du cancer. Ce sera une sténose pylorique, une hématomèse foudroyante, une perforation ou une phlébite.

D'autres fois, enfin, il se produit des métastases à plus ou moins longue distance ; on les a surtout observées au niveau du foie.

Diagnostic.

L'étude du chimisme gastrique se trouve en butte à un certain nombre de difficultés matérielles. Le tubage est rendu dangereux par suite des hémorragies qu'il peut occasionner. En outre, il provoque des douleurs telles qu'un grand nombre de malades ne peuvent le supporter. Quoi qu'il en soit, on trouve une quantité d'Hcl dépassant les chiffres normaux (obs. I et IV) ; vers la fin de la maladie, l'hyperchlorhydrie peut faire place à de l'hypochlorhydrie. On trouve en outre de notables proportions de sang par les procédés de recherche habituels.

La radioscopie montre un estomac souvent plus volumineux qu'à l'état normal. Au siège de l'ulcère, il existe une encoche, niche de Haudeck, permanente et demeurant fixe pendant la palpation manuelle. Cette encoche est profonde et large. La pression en son niveau provoque ou exagère la douleur. La motilité gastrique est parfois troublée ;

il existe des degrés variables de rétention, mais rarement de la sténose véritable. La répétition des examens permet de constater la permanence des premières données.

L'examen du sang dénote un degré d'anémie rapidement progressif.

La transformation cancéreuse de l'ulcère est toujours d'un diagnostic difficile. Le laboratoire ne fournit à la clinique aucun appoint décisif.

Aussi, suivant l'expression de Mathieu et Moutier, l'affection sera non pas « inconnue », mais seulement « méconnue ».

Lorsque, chez un malade atteint d'ulcère typique, on voit soudain l'état général s'aggraver, l'appétit disparaître et les vomissements de sang noir apparaître, on doit penser à la cancérisation possible.

Hayem considère l'échec du traitement classique comme un point de première importance.

Inversement dans les formes caractérisées par la latence de l'ulcus, les malades entrent d'emblée dans la dernière phase. On peut alors songer au diagnostic de cancer pylorique. Cette affection a d'ordinaire un début moins brusque et son évolution se fait le plus habituellement d'une manière lente.

D'après Mathieu et Moutier, le diagnostic est avant tout un « diagnostic d'évolution » fait de l'ensemble des modifications survenant dans la marche d'un ulcère. Lorsque, après une longue période d'ulcère, on voit de nouveaux signes apparaître, l'état général se modifier, il importe de soupçonner le cancer. Il ne faut pas attendre de pouvoir établir le diagnostic de la cancérisation avec certitude, il serait trop tard pour pouvoir encore être utile au malade, voué désormais à une fin rapide. Il vaut mieux soupçonner le cancer et intervenir de façon précoce pour essayer d'arracher le patient à une fin certaine par une opération qui seule aura quelques chances de lui assurer la guérison.

CHAPITRE IV

Fréquence de la transformation maligne des ulcères de l'estomac.

L'apparition possible du cancer sur l'ulcère de l'estomac assombrit singulièrement le pronostic de cette dernière affection. Médecins et chirurgiens se sont justement préoccupés de la gravité de cette complication et ils ont cherché à en établir la fréquence.

Les statistiques.

Voici des statistiques publiées par divers auteurs, indiquant la proportion dans laquelle le cancer de l'estomac se développe sur un ulcère.

- 1 % Kraus, Billeter (1914).
- 1,6 % Mayer.
- 2 % Spriggs, Osler, Busch, Métreux (1920).
- 3 % Berthold (1883), Kocher (1921).
- 4 % Steiner (1868), Vollmann (1868), Konjetzny (1920).
- 5 % Dittrich (1848), Hauser (1883).
- 6 % Mickulicz (1897), Rosenheim (1889).
- 9 % Lebert (1878), Litten (1882), de Beule (1920).
- 10 % Stapesko, Konjetzny (1913), Morley (1923).
- 11,2 % Pauchet et Hirschberg (1924).
- 13 % Petren (de Lund).
- 14 % Sonnichsen (1894).
- 18,5 % Moynihan (1923).
- 20 % Hartmann (1914), Delagénère (1920).

22 %	Reimer (1892).
22,34 %	Hayem (1908).
23 %	Friedenwald (1913).
25 %	Sherren (1920).
26 %	Payr (1910).
27 %	Gauthier et Rivière (1907).
30 %	Riedel, Kelling.
33 %	Walton (1923).
34 %	Kelling (1910), Sherren (1911).
38 %	Deaver et Heimann (1921).
40 %	Mayo (1919).
44 %	Mathieu et Moutier (1913).
50 %	Wilson et Mac Carthy (1909), Dujarrier (1911).
54 %	Castaigne et Dujarrier (1907), Kuttner (1910), les frères Mayo (1907).
59 %	Mayo-Robson (1916).
60 %	Smithies (1913).
62 %	Graham (1906), Faroy (1913).
66 %	Moynihan (1920), Parkes-Symes (1921).
68 %	Mac Carthy (1920), sur 216 cas de la clin. Mayo.
70 %	Sapesko, Pauchet (1917).
71 %	Summers (1911).
100 %	Zeuker (1882).

Interprétation des statistiques.

La divergence des chiffres que nous venons de rapporter ne manque pas d'être troublante.

Nous avons noté à côté de chaque statistique l'année pendant laquelle elle avait été publiée; il faut nous rendre à l'évidence, les pourcentages des divers auteurs marquent des écarts considérables et ne manifestent aucune tendance à se rapprocher dans ces dernières années.

Les statistiques n'ont qu'une valeur relative, en fonction de la manière dont elles sont établies. Il est de toute première nécessité qu'elles reposent sur des bases identiques. Lorsqu'il en est ainsi, les divers résultats doivent concorder

sensiblement et, dans un cas analogue à celui que nous envisageons ici, nous devrions trouver des chiffres à peu près égaux. Or il n'en est rien; c'est, à n'en pas douter, que nos statistiques ont été faites sur des données dissemblables.

Certains auteurs s'en sont rapportés au témoignage clinique. Ils ont recherché dans le passé de leurs malades une histoire antérieure d'ulcus.

Smithies présente ainsi une statistique établie sur l'histoire clinique de 566 cas de cancers gastriques. Dans 60 % des cas, il trouve dans le passé de ses malades une histoire antérieure d'ulcus, et il conclut à l'ulcéro-cancer.

Pauchet, en 1917, écrivait ce qui suit : « les trois-quarts des cancers de l'estomac sont greffés sur d'anciens ulcus. La plupart de ces ulcus étaient ignorés et diagnostiqués « dyspepsie hyperacide ». La forme classique de l'ulcus avec vomissements, hémorragies et douleurs vives est plus rare que la forme latente ».

Nous ne contesterons pas que le groupe mal défini des « dyspepsies » voit son domaine se réduire chaque jour au profit de l'ulcère de l'estomac. Ce dernier peut revêtir une forme latente et ne se manifester pendant une longue période que par quelques signes discrets. Mais de là à conclure à l'existence d'un ulcus sur quelques troubles gastriques, il y a nous semble-t-il un grand pas. Le témoignage clinique a une valeur incontestable, mais il est nécessaire qu'il se rapporte à une longue histoire d'ulcère gastrique typique et soit dûment établi.

Il y a d'ailleurs un certain nombre de causes d'erreur. Bourget, Robin et Leredde, Albu, Langlois, Mouisset et Han, Delore et Leriche, Sanerot, Deguignand ont décrit des formes de cancer à évolution lente (jusqu'à dix et douze ans), simulant de très près l'ulcère simple ; témoin « le cancer ulcérisé du pylore » avec ses douleurs tardives,

terminées par des vomissements, et dans lequel l'hyperchlorhydrie est constante et persistante (Deguignand).

Moynihan, tout récemment, s'exprimait ainsi : « Parmi les cas de cancer que je vois sur la table d'opération, une moyenne régulière de deux ou trois donne une histoire antérieure d'ulcus extrêmement suggestive ».

Un chirurgien anglais, Morley, étudiant un groupe de 56 cancers gastriques dont 46 vérifiés à l'opération, disait ce qui suit : 13 de nos malades ont simulé l'ulcère par la périodicité des crises douloureuses au début de leur maladie, par la conservation de l'appétit et la diminution des douleurs après ingestion d'aliments. Il conclut en disant qu'il avait affaire à des cancers à évolution lente, puisque leur histoire clinique correspondrait à une période moyenne de dix années.

On voit combien il est difficile de s'en rapporter à une longue période rappelant l'ulcus ; on est exposé à des erreurs. Voilà pourquoi le seul témoignage clinique ne permet pas, en présence d'un cancer, d'affirmer qu'il s'est développé sur un ulcère antérieur. Les statistiques basées sur cette seule considération atteignent des chiffres élevés et dépassent la réalité des faits.

Certains chirurgiens ont additionné indistinctement tous les cas où ils ont rencontré de la dégénérescence cancéreuse. Ils ont de la sorte confondu ulcères cancérisés et cancers ulcérés, n'établissant aucune distinction entre deux affections qui, si elles ont des points communs, n'en présentent pas moins une origine différente.

D'autres, comme l'a dit Delagénère au Congrès français de Chirurgie de 1920, « quand ils trouvent une tumeur adhérente et fixe, ont recours uniquement à des interventions purement palliatives et ne pratiquent pas l'exérèse du néoplasme. Ils résèquent au contraire volontiers les petits ulcères qui sont plus récents, plus mobiles, et qui leur donnent un pourcentage moins élevé de cancer. C'est en effet parmi les tumeurs de l'estomac désignées sous

le nom d'ulcère calleux qu'on trouve le plus grand nombre de cancers ». Leurs statistiques indiquent le pourcentage du cancer dans les cas où il sont intervenus en pratiquant l'exérèse, mais elles sont au-dessous de la vérité absolue, car il manque dans leurs chiffres nombre de cas où ils ont eu recours à des opérations palliatives.

Certaines statistiques donnent des chiffres extrêmement bas : Kraus, 1 % ; Métraux, 2 %. Ces estimations ont été faites sur des cas traités par la gastro-entérostomie ; leur valeur est diminuée du fait que cette intervention a une influence spéciale sur l'évolution de l'ulcère. Aussi ne présentent-elles qu'un intérêt relatif.

Critérium de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère.

Dans un travail paru en 1913, Konjetzny déclare que la proportion de 70 % de cancers suite d'ulcères est certainement exagérée. Il demande qu'on fournisse des preuves à l'appui de la transformation maligne. Il lui paraît nécessaire que l'infiltration carcinomateuse n'occupe encore qu'une partie des bords ou du fond de l'ulcération et que l'ulcération présente les caractères habituels de l'ulcère calleux.

De leur côté, deux auteurs américains, Wilensky et Tallymer, déclarent dans un article paru en 1918 : « qu'un diagnostic de cancer suite d'ulcère, pour être acceptable, doit comprendre une histoire préalable d'ulcère, la limitation de la tumeur à des foyers isolés ou à une partie seulement de l'ulcère, et l'absence d'infiltration de la base ».

En 1920, Konjetzny revient encore sur les relations de l'ulcère et du cancer de l'estomac. A son avis, pour diagnostiquer l'ulcéro-cancer, il est nécessaire :

- 1° Que l'ulcère soit un ulcère chronique ;
- 2° Que les bords de l'ulcère et son fond ne présentent qu'une infiltration partielle ;

3° Que l'examen histologique découvre le tissu cicatriciel là où s'est développé le néoplasme ;

4° Que l'examen histologique porte en outre sur la muqueuse avoisinant le cancer.

A n'en pas douter le contrôle histologique est de première importance dans l'établissement du diagnostic de l'ulcéro-cancer de l'estomac.

C'est en se basant sur l'examen minutieux de séries de coupes que Hayem a établi définitivement la réalité de la dégénérescence cancéreuse d'ulcères considérés macroscopiquement comme bénins.

A sa suite, de nombreux auteurs ont repris cette étude anatomique.

Pernet, dans un travail récent inspiré par G. Lion, a analysé avec soin les différences qui permettent de distinguer l'ulcère cancérisé du cancer ulcéré.

Plus récemment encore, Deguignand, à propos d'une étude sur « l'ulcère cancérisé du pylore », établit un parallèle anatomique entre les deux lésions. Nous le reproduisons :

1° Dans l'ulcère primitif cancérisé.

Bords à pic, constitués par les tuniques stomacales, notamment la musculaire sectionnée nettement à l'emporte-pièce.

Dans le cancer primitif ulcéré.

Bords peu inclinés, constitués par les tuniques stomacales, allant s'amincissant progressivement vers l'ulcération, la couche musculaire restant continue, non sectionnée.

2° Dans l'ulcère primitif cancérisé.

Infiltration néoplasique limitée en un point des bords, alors que dans le reste du pourtour de l'ulcération on ne trouve que des lésions inflammatoires.

Dans le cancer primitif ulcérisé.

Infiltration néoplasique de tout le pourtour de l'ulcération, s'étendant parfois assez loin en dehors.

3° Dans l'ulcère primitif cancérisé.

Ulcération ayant détruit la musculaire et dont le fond est formé (quand ce n'est pas par les organes voisins) par l'épiploon épaissi.

Dans le cancer primitif ulcérisé.

Fond jamais fibro-épiploïque, mais toujours constitué par les tuniques propres de l'estomac, la musculaire en particulier.

4° Dans l'ulcère primitif cancérisé.

Fond riche en tissu fibreux, où l'envahissement cancéreux (quand il existe) demeure rare et discret.

Dans le cancer primitif ulcérisé.

Fond musculaire en général et en tous les cas largement infiltré de cellules néoplasiques.

Nous allons maintenant examiner des statistiques établies sur l'examen anatomo-pathologique.

M. Hayem étudie une série de 94 cas de cancer de l'estomac. Il publie en 1908 les résultats de ses recherches. Il a soumis toutes ces pièces à un examen histologique minutieux. Il en trouve 21 se rapportant incontestablement à l'ulcéro-cancer. Dans tous les cas, le siège de la lésion était pré-pylorique. 7 fois il avait été noté des signes plus ou moins évidents d'ulcère, et 13 fois l'affection avait évolué à la façon d'un cancer à marche rapide. Nous retiendrons le chiffre de 22,34 %, pourcentage de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère dans cette série.

En 1910, au Congrès de Chirurgie de Berlin, Payr fait une importante étude pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique de l'ulcère rond. Il arrive au chiffre de

26 %, représentant la proportion des cancers ayant évolué sur des ulcères de l'estomac.

En 1919, Charles-H. Mayo, passant en revue les diverses causes qui favorisent l'évolution du cancer, s'exprimait en ces termes : « L'ulcère chronique doit être considéré comme le facteur le plus important, car dans plus de 40 % des cas il y a une histoire d'ulcus variant de plusieurs mois à quelques années avant l'apparition du cancer. Quand ils sont examinés de bonne heure, on trouve que de tels cancers se sont développés sur les bords d'un ulcère ».

En 1920, Delagénère cherchant à se faire une opinion personnelle sur la fréquence de la transformation maligne de l'ulcère de l'estomac, fait examiner une série de 20 cas d'ulcère calleux. La réponse du laboratoire est la suivante : ulcères cancérisés, 4. Ce qui fait un pourcentage de 20 %.

En 1921, Deaver et Heimann présentent une statistique. Ces auteurs sont pénétrés de la nécessité d'un examen histologique, et ils insistent sur ce point. Après des recherches minutieuses portant sur des séries de coupes, ils indiquent qu'ils ont trouvé une proportion de 38 % d'ulcères calleux dégénérés.

En 1923, Moynihan publie que parmi ses ulcères chroniques excisés ne donnant aucun signe de malignité, il trouve une transformation maligne sur les bords de l'ulcère dans 18,5 % des cas. En 1920, ce même auteur estimait à 66 % le chiffre des cancers greffés sur des ulcères de l'estomac.

Morley, chirurgien anglais, a observé personnellement 50 cas d'ulcères gastriques qu'il a traités par résection et dont il a fait l'examen histologique. Il a constaté 5 fois une transformation cancéreuse nette et 5 fois une irrégularité de l'épithélium glandulaire dont certains tubes ont envahi la muscularis mucosæ. D'après l'auteur, ces modifications morphologiques correspondent plutôt à une réaction inflammatoire ou à un processus de guérison qu'à une prolifération néoplasique. Dans les 40 autres cas, il n'y

avait aucune néoformation suspecte. Nous noterons donc que, dans 10 % des 50 cas considérés, Morley observa la cancérisation secondaire de ses ulcères.

Pauchet et Hirschberg ont fait, en janvier 1924, une communication à l'Académie de Médecine : « A propos de l'examen anatomo-pathologique d'une série de 136 gastrectomies pour lésions ulcéreuses ». Dans 80 cas où la lésion paraissait primitivement simple, ils trouvent 9 fois une transformation néoplasique nette, soit 11,2 %. Nous rappellerons qu'en 1917 Pauchet donnait le pourcentage très élevé de 70 %.

Mais c'est en Amérique que nous trouvons les plus hauts pourcentages. Les frères Mayo estiment que, dans 66 % des cas, le cancer de l'estomac s'est développé sur un ulcère.

Mayo-Robson donne 59 %.

A quoi tient cette différence ? Nous l'ignorons. Nous constatons simplement que ce sont en général les mêmes qui ont trouvé des proportions énormes d'ulcères du duodénum par rapport à celui de l'estomac, qui encore maintenant atteignent les chiffres les plus élevés de cancer suite d'ulcère.

Nous arrêterons là cette énumération déjà un peu longue. Même en se basant sur l'examen histologique des lésions, il est à notre avis très difficile d'établir la fréquence de la cancérisation secondaire de l'ulcère.

En effet, toutes les statistiques manquent de l'assise qui leur serait nécessaire; on ignorera toujours le nombre des ulcères qui guérissent soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement et d'un régime appropriés. Et, dès lors, il ne faut plus attacher qu'une importance relative aux pourcentages des auteurs.

Une façon plus rationnelle de procéder est celle qui consiste à relever parmi les cancers de l'estomac ceux qui ont évolué sur des ulcères. Les chiffres ainsi recueillis ont

une signification qui mérite d'être prise en considération sérieuse.

On n'a pas le droit de dire, comme on le fait trop souvent, que x % des ulcères de l'estomac se cancérisent parce que l'on a trouvé que x cancers sont apparus sur des ulcères.

Nous terminerons ce chapitre en rappelant que d'après Hayem, Payr, Delagénère, 20 à 25 % des cancers de l'estomac se développent sur des ulcères.

CHAPITRE V

Prophylaxie de la cancérisation de l'ulcère de l'estomac.

« Demandons-nous comment nous voudrions, vous et moi, être traités, s'il s'agissait de notre propre cas... »

Ainsi s'exprimait, non sans une pointe d'humour, Bevan (de Chicago), devant ses confrères de l'American Medical Association qui, au cours de leur soixante-treizième assemblée, discutaient du traitement de l'ulcère de l'estomac.

Il n'est pas, à notre avis, de meilleure façon de se placer, pour envisager sainement la question.

L'ulcère de l'estomac guérit par le traitement médical. Cette thérapeutique est surtout indiquée dans les phases initiales de la maladie, alors que l'histoire clinique n'est pas ancienne et que la lésion paraît peu avancée à l'examen radiologique. Sous l'effet des moyens médicaux, les crises s'espacent, les phénomènes douloureux diminuent d'intensité et le suintement sanguin s'arrête. L'amélioration est des plus rapides et, dans un grand nombre de cas, on obtient de très bons résultats.

Leube estime la guérison, pour un traitement médical de quatre à cinq semaines, à une moyenne de 50 à 75 % des cas.

Einhorn croit ce chiffre au-dessous de la réalité, étant donné le nombre considérable des cicatrices d'ulcères découverts au cours des autopsies.

Haart est d'avis que la moitié au moins des ulcérations de l'estomac ont une tendance spontanée à la guérison.

Kummer, désireux de se faire une opinion sur ce sujet, a réuni les statistiques publiées par ses confrères suisses pendant ces dernières années. D'après les chiffres qu'il a recueillis, le pourcentage des guérisons obtenues par les moyens médicaux serait environ de 60 %.

Les résultats de la thérapeutique médicale sont donc très satisfaisants, lorsqu'elle est appliquée dès la période initiale de la maladie. Par la suite, elle se montre moins efficace, et les cas venus tardivement au médecin tirent un bénéfice moindre des mêmes méthodes.

Voici maintenant, pour être mieux éclairé sur la valeur curatrice du traitement médical, quelques statistiques relatives à ses effets sur des ulcères pris à une période quelconque de leur évolution :

Greenough et Jocelyn (Amérique), sur 114 cas, observent 46 guérisons, 41 récurrences et 27 morts ;

Fenwick et Parkinson (Angleterre), sur 65 cas, constatent 19 guérisons et 40 récurrences ;

Ewald (Allemagne) donne 45 % de récurrences ;

Pirilla (Finlande), sur 120 cas suivis pendant une période de trente années, donne 30 % de guérisons, 40 % de récurrences ou d'aggravations et 30 % de morts ;

Delmasure (France), sur 86 cas, donne 13 % de guérisons, 23 % d'améliorations, 54 % de récurrences ou d'échecs et 8 % de morts.

L'impression retirée de cette lecture est plutôt sombre. C'est, qu'en effet, l'ulcère de l'estomac est une affection grave. Les complications de cette affection sont nombreuses et redoutables ; les plus communes sont les hémorragies, les sténoses (sténose pylorique ou biloculation), les perforations, les douleurs intolérables et la cancérisation secondaire. Aussi sa mortalité atteint-elle des chiffres élevés ; elle est partout cotée au-dessus de 20 %. On ne peut donc en conscience abandonner un malade porteur d'un ulcère à tous les risques dont il est menacé.

Aussi bien, il serait d'importance capitale de savoir pendant combien de temps on est en droit de poursuivre le traitement médical ? On sait, en effet, qu'il existe des formes rebelles de l'ulcère de l'estomac dans lesquelles la médication doit être continuée pendant plusieurs mois. Tour à tour, on met en œuvre les méthodes classiques, la thérapeutique de Sippy, le tubage d'Einhorn. Ce n'est qu'après un temps long que la guérison peut enfin être obtenue dans ces cas-là.

Il se produit souvent des récurrences. L'ulcère est une affection à très longue évolution. Et, enfin, la thérapeutique médicale se heurte dans certains cas à des formes avancées qui n'offrent aucune prise à l'action des moyens utilisés ; ce sont les ulcères rebelles.

Si l'on veut bien tenir compte de la notion des complications, on comprendra sans peine les chiffres élevés de mortalité et de récurrences que nous donnions tout à l'heure pour indiquer la valeur curatrice du traitement médical à une période quelconque de l'ulcère. Logiquement, il convient de cesser cette thérapeutique si elle se montre inefficace.

Les auteurs ne précisent pas, en règle générale, les limites de la durée du traitement médical. C'est ainsi que le Professeur Duval, dans son rapport au Congrès français de Chirurgie de 1920, disait : « Il ne doit pas être prolongé au delà d'un temps raisonnable ; et, si ses effets ne sont pas très rapides et très réels, il doit laisser la place au traitement opératoire ».

P. Mathieu, précisant les indications opératoires dans l'ulcère non compliqué, s'exprimait ainsi en 1922 : « ... je n'interviendrai... que si le traitement médical a été sérieusement et suffisamment appliqué et si son impuissance est reconnue ».

Une opinion plus ferme est celle que nous trouvons exposée dans la Pathologie gastro-intestinale de A. Mathieu et J.-Ch. Roux (1923). Les auteurs considèrent que, dans un

tiers des cas environ, la guérison de l'ulcère est obtenue par un traitement de quelques semaines (un mois au minimum, trois mois au maximum). Les résultats sont d'ailleurs améliorés par la prolongation de cette thérapeutique. « *Il semble, disent-ils, qu'un régime sévère, suivi au moins un an, avec un traitement régulier pendant plusieurs mois, peut donner des résultats encore meilleurs. Mais, quelle que soit l'attention que le malade porte à suivre son régime et le traitement, il faut bien reconnaître que les récurrences de l'ulcère sont encore fréquentes, et, quand au bout de quelques mois les accidents se reproduisent malgré toutes les précautions, alors se pose d'une façon formelle l'indication opératoire.* »

Médecins et chirurgiens s'accordent à reconnaître la nécessité du traitement opératoire après échec du traitement médical « suffisamment » prolongé.

A. Mathieu et J.-Ch. Roux, dont l'expérience fait autorité, sont d'avis qu'il serait imprudent de prolonger au delà d'un an et quelques mois la thérapeutique médicale. La persévérance deviendrait funeste pour le malade.

Mais dès lors surgissent de nouvelles difficultés. Après laparotomie, le chirurgien se trouve en présence d'une lésion répondant macroscopiquement à un stade variable de l'ulcère, c'est-à-dire qu'il peut rencontrer tous les intermédiaires compris entre le petit ulcère à peine visible à l'œil nu et la tumeur volumineuse constituée par l'ulcère calleux.

Or, les renseignements fournis par la simple inspection ne donnent que des indications relatives au siège, à la forme et au volume de la lésion. La palpation précise ces quelques données.

Ces constatations sont utiles assurément, mais elles ne permettent en rien de préjuger de la nature histologique de la lésion considérée.

Tuffier excisa un jour un petit ulcère d'aspect banal. La lésion était d'apparence tout à fait bénigne et il n'y avait

pas d'adénite cancéreuse typique. Le microscope révéla cependant l'existence de formations néoplasiques.

M. Delagénère a rapporté au Congrès français de Chirurgie de 1920 les faits suivants. Il a fait examiner une série de 20 cas d'ulcères calleux. Le diagnostic fut porté en cours d'opération ; les lésions avaient une apparence bénigne. La réponse du laboratoire fut la suivante :

Ulcères calleux simples.....	9
Ulcères cancérisés.....	4
Cancers ulcérés.....	7

Sur 20 tumeurs macroscopiquement bénignes, il s'en était donc trouvé 11 qui étaient réellement de nature maligne. Il s'agissait dans 4 cas de cancérisation secondaire d'un ulcère, et 7 fois le cancer avait pris le masque de l'ulcère. Au total, dans 55 % des cas, on avait affaire à du cancer.

M. Pauchet a rapporté, en janvier 1924, les résultats d'une série de 136 gastrectomies. Sur 80 lésions ulcéreuses d'apparence bénigne, il s'en trouvait 9 qui étaient réellement des ulcéro-cancers.

De ces quelques exemples, il résulte que rien ne permet de distinguer à l'œil nu un ulcère bénin ancien dont les bords sont épaissis et le fond adhérent, des ulcérations néoplasiques limitées sans envahissement ganglionnaire typique et sans métastases visibles. Les petites lésions d'apparence bénigne, aussi bien que les tumeurs du type ulcère calleux, sont trop souvent de nature maligne. 55 % des tumeurs de l'estomac qui font hésiter le chirurgien au cours de l'intervention sont en réalité soit des cancers primitifs, soit des ulcéro-cancers.

Des auteurs américains désireux d'être rapidement éclairés sur la nature histologique de la tumeur considérée ont eu recours au procédé suivant. Ils prélèvent en cours d'opération un ganglion ou un fragment de la lésion.

Séance tenante, la biopsie est examinée. Les résultats ainsi obtenus ont paraît-il rendu des services appréciables.

On ne peut cependant s'empêcher de songer que dans un cas d'ulcéro-cancer l'instrument aura bien des chances d'intéresser un point autre que celui où débute la dégénérescence néoplasique. De même le ganglion prélevé ne présentera peut-être que des lésions inflammatoires banales, alors que son voisin sera déjà infiltré de cellules cancéreuses. On ne peut par suite tirer aucune indication utile au cas d'une réponse négative.

Sans vouloir entrer dans des questions de technique, nous allons maintenant examiner successivement les diverses méthodes du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, à savoir : la gastro-entérostomie, la destruction locale de la lésion, et la résection.

La gastro-entérostomie représente la méthode indirecte. Son efficacité est variable. Lorsque l'ulcère siège au niveau du pylore, elle l'exclut de la circulation gastrique ; il se trouve par suite dans de bien meilleures conditions de cicatrisation. Si, au contraire, la lésion est située en quelque autre point de l'estomac, le bénéfice tiré de l'intervention est moindre, l'ulcère se trouvant encore au contact du contenu gastrique.

En règle générale, les malades éprouvent après l'opération un soulagement de leurs douleurs et, dans un nombre assez considérable de cas, la guérison est obtenue. Néanmoins, il persiste quelquefois des troubles digestifs intenses. Et si la gastro-entérostomie pare merveilleusement à certaines complications de l'ulcère, la sténose pylorique en particulier, elle ne met cependant pas le malade à l'abri d'accidents très graves, tels que les hémorragies ou les perforations. De plus, et ce point est très important, les risques de cancérisation ne sont pas entièrement supprimés. L'ulcère est moins exposé, il est vrai, à l'irritation chronique, facteur important de dégénérescence néoplasique, mais la cancérisation secondaire de l'ulcère a été observée

plus ou moins tardivement. A plus forte raison, si la néoplasie a déjà débuté, il n'est pas douteux qu'elle poursuivra son évolution.

Voici quelques exemples de cancers survenus chez des malades opérés de gastro-entérostomie pour ulcère bénin. Ils ont été donnés par Kummer :

1 cas de Billeter.....	sur	116
2 » Kocher.....	»	69
2 » Küttner.....	»	120
8 » 23 chirurgiens suisses..	»	357

La gastro-entérostomie, malgré nombre de très bons résultats, compte cependant des insuccès. Les garanties qu'elle donne comme traitement préventif de la cancérisation sont notamment très insuffisants. Et, pour cette raison, on doit lui préférer une autre intervention, qui réponde mieux à ce but.

D'autres méthodes visent à la destruction locale de l'ulcère ; nous ne les passerons pas en revue. Nous nous contenterons seulement de rappeler ici une communication toute récente de M. Hartmann, à la Société de Chirurgie de Paris; il fait part de l'observation suivante de M. Pauchet: homme de 41 ans, vieux dyspepsique, présente depuis plusieurs années un syndrome typique d'ulcère de l'estomac, avec hyperacidité du liquide gastrique. Intervention en novembre 1919. On tombe sur un petit ulcère bien limité de la petite courbure qui semble très justiciable de la méthode de Balfour. On le cautérise et on fait une gastro-entérostomie. Suites simples. Guérison. Un an plus tard, les troubles réapparaissent. Le liquide est cette fois hypo-acide. M. Pauchet intervient de nouveau et pratique une gastropyloréctomie en conservant la bouche de gastro-entérostomie, faite lors de la première intervention, et qui fonctionne normalement.

A l'examen macroscopique de la pièce, on a l'aspect typique d'un ulcère, mais les coupes montrent qu'au niveau

des bords existe un début de cancérisation indiscutable ; c'est donc un cas typique d'ulcéro-cancer.

La résection fait partie des méthodes directes du traitement opératoire de l'ulcère de l'estomac. Cette intervention est logique. Elle a des préoccupations curatrices radicales, puisqu'elle s'attaque directement à la cause pour en supprimer les effets.

Payr disait, en 1910 : « La transformation néoplasique est à tel point fréquente qu'elle nous paraît devoir imposer une thérapeutique d'extirpation préventive dans toutes les formes d'ulcus récidivant chronique (notamment dans les cas d'ulcère calleux) où l'exérèse est possible ».

Au IV^e Congrès de la Société internationale de Chirurgie, tenu à New-York en avril 1914, une tendance très nette s'est manifestée en faveur du traitement direct de l'ulcère de l'estomac (Hartmann, Payr, Küttner, Haberer, Manninger, etc...).

Au Congrès de l'Association française de Chirurgie (1920), les rapporteurs, M. Delagénère et M. le Professeur Duval, se sont montrés de fermes partisans des méthodes directes.

Médecins et chirurgiens sentent la nécessité de l'extirpation des ulcérations indurées, notamment des ulcères calleux.

Sans doute la gastrectomie comporte encore une mortalité plus élevée que la gastro-entérostomie. Mais sa technique se perfectionne chaque jour et on voit les résultats devenir plus parfaits entre les mains de ceux qui la pratiquent désormais couramment. Aussi, dans l'état actuel des choses, le risque opératoire à peine plus élevé est pleinement justifié par la supériorité très nette des résultats.

Que retiendrons-nous de ces quelques considérations ? L'ulcère de l'estomac qui résiste au traitement médical relève de la chirurgie. On a intérêt à ne pas prolonger ce dernier au delà d'un an ou d'un et demi.

L'action chirurgicale sur la lésion sera directe « ... puisqu'il est impossible de reconnaître un ulcère simple d'un ulcère cancérisé, au cours de l'opération le chirurgien doit agir comme s'il s'agissait toujours d'une tumeur cancéreuse et en pratiquer l'exérèse. Il n'admettra comme contre-indication que la gravité de l'acte opératoire... » (Delagénère).

Telle est assurément la meilleure prophylaxie de la cancérisation de l'ulcère de l'estomac.

CONCLUSIONS

L'affection réalisée par la cancérisation de l'ulcère de l'estomac porte le nom d'ulcéro-cancer (Hayem, 1901).

Dans les cas typiques, l'histoire clinique permet de soupçonner la transformation maligne. La maladie évolue en deux périodes bien tranchées : la première est longue et caractéristique de l'ulcère ; la deuxième, au contraire, est très courte. Les principales modifications cliniques qui attirent l'attention consistent en une aggravation rapide des troubles gastriques, perte de l'appétit, douleurs, vomissements de sang habituellement noirs et amaigrissement considérable. La mort survient le plus souvent au bout de quelques mois (un an au maximum) si l'on n'intervient pas.

Les statistiques relatives à la fréquence de la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac ont été basées sur des considérations diverses. Or, l'examen histologique est le seul critérium véritablement scientifique, par suite le seul acceptable. De là proviennent les divergences des auteurs. La proportion moyenne des cancers de l'estomac développés sur des ulcères nous paraît être de 20 à 25 %.

La prophylaxie de la cancérisation de l'ulcère de l'estomac repose tout d'abord sur le traitement médical de l'ulcus dès son apparition.

Au bout d'un an à dix-huit mois, son efficacité est jugée. Il a réussi ou bien il s'est montré insuffisant. Dans ce dernier cas, il serait téméraire de le poursuivre. L'ulcère

devenu chronique expose en effet le malade à des accidents multiples et, en particulier, à la cancérisation secondaire. Il convient donc d'intervenir chirurgicalement sans attendre davantage.

L'expérience a montré que la moitié au moins des tumeurs de l'estomac, qui, le ventre ouvert, font hésiter le chirurgien sur leur nature inflammatoire ou cancéreuse, sont en réalité des cancers soit primitifs, soit secondaires (ulcéro-cancers).

Par suite, si la lésion est extirpable en totalité et si l'état général le permet, c'est la gastrectomie large qu'il convient de pratiquer.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

BÉGOUIN.

VU :

Le Doyen,

C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 17 Mars 1924.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

Pour tous les travaux antérieurs à 1903, consulter la thèse d'AUDISTÈRE (Paris, 1902-1903).

ALBU. — Ulcère de l'estomac ayant subi la dégénérescence cancéreuse, diagnostiqué cliniquement. (Société de Médecine interne, Berlin, 3 décembre 1906.)

BARKER. — *Medical Journal*, New-York, 1906.

BASTIANELLI. — Où en est la question du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique ? (*La Clinica Chirurgica*, juillet 1912.)

BEULE (DE). — Quelques considérations pratiques au sujet de la chirurgie gastrique. (Académie Royale de Médecine de Belgique, octobre 1913.)

— XXIX^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie. (Paris, octobre 1920.)

BILLETER. — Fréquence du carcinome gastrique secondaire à l'ulcère de l'estomac. (*Beitrag für Klinische Chirurg.*, mars 1914.)

BOIN. — De l'ulcéro-cancer de l'estomac. Réfutation de l'idée de cancer d'emblée. (Thèse de Bordeaux, 1910-1911.)

BOURGET. — Maladies de l'estomac, 1912.

BULSTROD. — Cité par WILLIAMS.

CAILLÉ et MOUTIER. — *Archives des maladies de l'appareil digestif*, janvier 1923.

CARNOT. — Pourquoi doit-on réséquer les ulcères gastriques ? (*Paris médical*, 1918.)

— Les ulcères digestifs. (Paris, BAILLIÈRE, 1922.)

Mac CARTHY. — *Surgery gynecology and obstetric*, 1910.

— *Archiv. of internat. medicine*, 1912.

— *Annals of surgery*, 1912.

CASTAIGNE et DUJARRIER. — Les complications de l'ulcère gastrique et leur traitement. (IX^e Congrès français de médecine, Paris, 1907.)

CASTAIGNE. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1907 et 1909.

DEAVER. — Traitement de l'ulcère gastrique. (*Annals of Surgery*, 1919.)

DEAVER et HEIMANN. — Traitement chirurgical et anatomie pathologique des ulcères gastriques. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1921.)

DEGUIGNAND. — Le cancer ulcérisé du pylore. (Thèse de Paris, 1922.)

DELAGÉNIÈRE. — L'ulcère de la petite courbure. (XXIX^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, Paris, 1920.)

DUJARRIER et CASTAIGNE. — Voir CASTAIGNE.

DUJARRIER. — Etat actuel de la chirurgie gastro-duodénale. (*Journal Médical Français*, 1911.)

— XXIX^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie, Paris, 1920.

DUPLAN. — Contribution à l'étude de l'ulcéro-cancer gastrique. (Thèse de Montpellier, 1910-1911.)

DUVAL. — L'ulcère de la petite courbure. (XXIX^e Congrès de l'Association Française de Chirurgie.)

FRIEDENWALD. — Sur la fréquence de la transformation de l'ulcère gastrique en cancer. (*The Boston Medical and Surgical Journal*, mai 1913.)

GAUTHIER et RIVIÈRE. — *Revue de Gynécologie*, 1907.

HARTMANN et LECÈNE. — IV^e Congrès de la Société internat. de Chirurgie, New-York, 1914.

HARTMANN. — Le cancer de l'estomac. (*Presse Médicale*, mai 1919.)

HAUDECK. — Les signes distinctifs fournis dans l'ulcère et le cancer gastrique par les rayons X. (*Wiener. Klin. Wochensch.*, janvier 1912.)

- HAUSER. — Sur la dégénérescence cancéreuse des ulcérations chroniques de l'estomac. (*Muenchener Klin. Woch.*, juin 1910.)
- HAYEM et BENSAUDE. — Deux cas de longue survie après gastrectomie. (*Gazette des Hôpitaux*, 1906.)
- HAYEM. — Fréquence de l'ulcéro-cancer gastrique. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1908.)
- *Journal Médical Français*, 1908.
- *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1911.
- KONJETZNY. — Les relations entre les gastrites chroniques, les ulcères chroniques et le cancer de l'estomac. (*Beitrag für Klin. Chirurgie*, juillet 1913.)
- IV^e Congrès de la Société internationale de chirurgie, New-York, 1914.
- Etat actuel des relations entre l'ulcère et le cancer gastrique. (*Deutsch. Medizin. Woch.*, 1920.)
- KUMMER. — L'ulcère chronique de l'estomac. Son traitement chirurgical. (*Rev. Suisse de Méd.*, n^{os} 24 et 26, 1918.)
- KUTTNER. — Sur le diagnostic et le traitement de l'ulcère chronique de l'estomac. (XXXIX^e Congrès Allemand de Chirurgie, Berlin, 1910.)
- IV^e Congrès de la Société internat. de Chirurgie, New-York, 1914.)
- LEJARS. — Ulcère calleux de la région pylorique. (Société de Chirurgie, Paris, 1903.)
- LETULLE. — Ulcéro-cancer de l'estomac et adénome brunnérien. (*Société anatomique*, 30 janvier 1914.)
- LILIENTHAL. — IV^e Congrès de la Société internat. de Chirurgie, New-York, 1914.
- MANNINGER. — IV^e Congrès de la Société internat. de Chirurgie, New-York, 1914.
- MATHIEU, SENCERT et TUFFIER. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage, 1913.
- MAYER. — *Brünsw. Beitrag*, 1908.
- MAYO (W). — *Annals of Surgery*, 1909.
- *Annals of Surgery*, 1911.

MAYO (W.). — IV^e Congrès de la Société internat. de Chirurgie, New-York, 1914.

— *The Journal of the Americ. medic. Assoc.*, 1915.

MAYO (Ch.). — *Annals of Surgery*, 1919.

MAYO-ROBSON. — Remarques sur le traitement opératoire de l'ulcère gastrique. (*British medical Journal*, novembre 1906.)

MÉTREAUX. — Résultats éloignés de la gastro-entérostomie simple dans les ulcères de l'estomac. (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1920.)

MORLEY. — Relations de l'ulcère gastrique et du cancer. (*The Lancet*, octobre 1923.)

MOYNIHAN. — *British Journal Medical*, 1908.

— *British Journal Médical*, 1919.

— *British Journal Médical*, 1920.

— *British Journal Medical*, 1921.

— L'ulcère gastrique et son traitement. (*Médical Record*, 1921.)

GETTINGER. — Dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac. (*Semaine Médicale*, 1903.)

— Hypersécrétion gastrique à jeun, ulcères et ulcérations de l'estomac. Rapports étiologiques. (*Archiv. des Maladies de l'appareil digestif*, 1910.)

— Ulcéro-cancer pré-pylorique avec sténose. (*Journal des Praticiens*, 1913.)

PAUCHET. — Diagnostic et traitement de l'ulcère gastrique. (*Presse Médicale*, 1917.)

— *La Clinique*, 1922.

PAUCHET et HIRSCHBERG. — A propos de l'examen anatomo-pathologique d'une série de 136 gastrectomies pour lésions ulcéreuses. (*Bull. de l'Académie de Médecine*, janvier 1924.)

PAYR. — Contribution à l'étude pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique de l'ulcère rond de l'estomac. (XXXIX^e Congrès allemand de Chirurgie, Berlin, 1910.)

- PAYR. — Recherches sur l'excision et la résection des ulcères de l'estomac. (*Archiv. für Klin. Chirurgie*, 1910.)
- IV^e Congrès de la Société internat. de Chirurgie, New-York, 1914.
- PERNET. — De l'ulcéro-cancer. Etude anatomo-pathologique. (Thèse de Paris, 1919-1920.)
- RODMAN. — Sur la fréquence de l'ulcère gastrique transformé en cancer. (Surgery, Gynecology and Obstetrics.)
- RYDYGIER (DE). — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. (*Revue de Chirurgie*, 1913.)
- LAPTHORN-SMITH. — La prévention du cancer. (*Presse Médic.*, 1921.)
- SMITHIES. — Les rapports de l'ulcère et du cancer de l'estomac. (*The Journal of the Americ. Medic. Assoc.*, 1913.)
- TALLEZ. — De l'ulcéro-cancer. (Thèse de Montpellier, 1911-12.)
- TUFFIER. — Cancérisation d'un petit ulcère de l'estomac. (Société de Chirurgie, 1909.)
- WILENSKY et THALYMER. — Relations étiologiques de l'ulcère et du cancer de l'estomac. (*Annals of Surgery*, 1918.)
- WILSON et Mac CARTHY. — Relations de l'ulcère et du cancer de l'estomac. (*The American Journal of the Medical Sciences*, 1909.)
- WILLIAMS. — Natural history of cancer.
- WOLSEY. — Ulcère chronique et cancer de l'estomac. (*Annals of Surgery*, 1912.)

